

생모에 관한 정보

자녀 성명:	소송 번호:
소송담당자 성명:	기관명:

작성시 주의사항:

- 잉크를 사용하여 깨끗하게 기입해 주십시오.
- 모든 항목을 기입해 주십시오. 항목에 대한 답변을 잘 모르실 경우, 미상이라고 표시해 주십시오.
- AD67 양식은 두부분으로 되어 있습니다. 제 1 장은 신상정보로 구성되어 있고 기밀이 유지됩니다. 모든 정보는 본인의 명문화된 동의없이 입양된 자녀나 양부모에게 공개되지 않습니다. 제 2 장은 신상정보 이외의 사항으로 구성되어 있습니다. 거주 입양법은 의료, 정신과적, 사회적 정보로 구성된 제 2 장의 사본을 입양을 최종결정하기전에 양부모에게 제공하게 되어 있고 입양자가 18 세가 되고 명문화된 요청을 할때에도 제공하는 것을 의무화하고 있습니다.

제 1 장 - 생모에 관한 신상정보

A: 성명/주소:

생모 성명 (이름, 중간 이름, 성)	결혼전 성	다른 이름
소셜 시큐리티 번호	운전면허증 번호	출생일 (월/일/년)
현주소(거리명, 시, 주, zip코드)	출생지 (시, 주, 국가)	전화번호 ()
상시 연락가능 주소 (거리명, 시, 주, zip주소)*	상시 연락가능 전화번호 ()	
상시 연락가능 주소 사용시 제한사항		

B: 생모의 부모 - (양육한 부모)

생모의 모친 성명 (이름, 중간이름, 성)	생모의 부친 성명 (이름, 중간 이름, 성)
주소 거리명 시	주소 거리명 시
주 zip코드	주 zip코드
모친이 입양사실을 알고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 미상	부친이 입양사실을 알고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 미상
이후 거처확인을 위해 모친께 연락해도 좋습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	이후 거취확인을 위해 부친께 연락해도 좋습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

C: 자녀의 생부:

자녀의 생부 성명 (이름, 중간 이름, 성)	상시 연락가능 전화번호 ()
알려진 마지막 주소 (거리명, 시, 주, 미국이 아니면 국가명)	

D: 결혼 내력:

기혼입니까? 예 아니오 만약 기혼이면 남편 성명은? _____
 남편의 주소 _____ (이름, 중간 이름, 성)

현재 결혼 허가서 교부지 (시, 카운티, 주)	
결혼 장소 (시, 카운티, 주)	결혼 일자 (월, 일, 년)

*주의: 상시 연락가능 주소가 변경되면 거주 사회 복지부로 꼭 신고해 주십시오.

2. 이전에 결혼한 사실이 있습니까? 예 아니오 만약 예라고 표시하셨으면 다음 항목을 기입해 주십시오:

전 배우자 성명	결혼 허가서 발부장소	결혼 일자와 장소	이혼 일자와 장소	배우자가 사망한 경우 사망 일자와 장소	결혼증 자녀수
1.					
2.					
3.					

E. 다른 자녀:

입양될 자녀이외에 다른 자녀가 있습니까?..... 예 아니오
만약 예라고 표시하셨으면 다음 항목을 기입해 주십시오.

자녀 성명	성별		입양자녀와 혈육관계이면 (✓) 표시하십시오		자녀 생일	누가 자녀를 양육하고 있습니까? (양육자와 자녀와의 관계를 상세히 기입해 주십시오)
	남	여	직계	의붓		
1.						
2.						
3.						
4.						

F. 미국 인디언 혈통:

모친이나 부친쪽 가족 중 미국 인디언 혈통을 가진 사람이 있습니까? 예 아니오

만약 예라고 하셨으면, 상응하는 양식을 작성해 주십시오. (JV-135/ADOPT-226)

만약 예라고 하셨으면, 무슨 종족입니까? _____, 종족위치는 무엇입니까? _____

본인이나 부모가 종족에 등록되어 있거나 다른 조상중 종족에 등록된 사람이 있습니까? 예 아니오

만약 예라고 하셨으면 등록번호는 무엇입니까? _____.

본인, 부모, 조부모나 다른 조상중 인디언 혈통 확인서 (CDIB)를 가진 사람이 있습니까?..... 예 아니오

만약 예라고 하셨으면 CDIB 사본을 본 설문지에 첨부하십시오.

G. 정신과 상담:

정서적, 심리적이나 행동 장애로 심리학자, 정신과 의사, 진료소, 정신 건강이나 행동 건강 치료를 받은 적이 있습니까? 예 아니오

만약 예라고 하셨으면 다음 사항을 기입하십시오.

치료 일자와 이유:	
치료를 담당한 의사나 기관명:	장소:
치료중 처방된 약을 기입하십시오:	
현재 치료를 받고 있지 않는 이유:	

H: 입양 질문: (독자적인 입양에만 해당)

1. 본인이 선임한 변호사가 입양과정을 처리합니까? 예 아니오
2. 귀하의 변호사가 입양부모의 변호사이기도 합니까? 예 아니오 미상
3. 입양될 자녀의 임신, 산전 치료, 출산에 관한 비용을 어떻게 지불되었습니까? _____
4. 입양부모가 생활비를 지불한 적이 있습니까? 예 아니오
액수는 얼마입니까? _____
5. 거주 입양법은 자녀를 입양시키려는 생부모가 미래의 입양부모에 대한 다음 정보를 반드시 알고 있어야 한다고 규정하고 있습니다: 법적 성명; 나이; 종교나 인종; 현재 결혼 기간과 이전 결혼 횟수; 직업; 지비에 다른 자녀나 성인의 거주 여부; 집에 같이 살지않는 자녀 유무 그리고 그 자녀에 대한 부양의 책무나 이런 책무를 통한 한 사실; 수명에 영향을 줄 수 있거나 일상 생활에 지장애 되는 건강 상태; 사소한 교통법규 위반의 범죄로 인한 처벌 유무; 자녀를 학대하거나 방임하여 양육권 박탈 유무; 일반적 주거지역이나 요청될 경우 주소.
6. 귀하는 최소한 입양 부모에 관한 위의 정보를 알고 있습니까? 예 아니오
7. 입양부모에 관해 추가적으로 알고 싶거나 필요하다고 생각하는 사항은 무엇입니까? _____
8. 입양부모를 만난 적이 있습니까?..... 예 아니오
9. 만약 예라고 하셨으면 그들을 얼마나 잘 알고 있습니까? _____

생모 서명	양식 작성 일자
-------	----------

위 사항은 다음 사람에게 의해 제공되었습니다. (해당 항목을 표시하십시오)

생모 생부 기타 (설명해 주십시오) _____

자녀 성명:	소송번호:
소송 담당자 성명:	기관명:

제 2 장 - 생모에 관한 신상 정보 이외의 사항

이 정보는 입양부모에게 제공되고 입양될 자녀에게도 제공됩니다. 모든 질문에 가능하면 충분히 답해 주십시오.

제 1 부 - 입양자녀 출생시 생모의 특성

A. 일반적 사항과 신체적 설명:

신장	평소 체중	안구색깔	피부색깔	모발색깔	머리결 (해당 사항을 모두 표시하십시오) <input type="checkbox"/> 가늘 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 커짐 <input type="checkbox"/> 직모 <input type="checkbox"/> 반곱슬 <input type="checkbox"/> 곱슬 <input type="checkbox"/> 대머리
출생일 (년도만 표기)	출생지 (주만 표기)	혈액형	RH 인자	체형 <input type="checkbox"/> 왜소 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 건장	오른손을 주로 사용하십니까? <input type="checkbox"/> 왼손을 주로 사용하십니까? <input type="checkbox"/>

인종/민족 분류

백인 히스페닉 필리피노 흑인 아시아나 퍼시픽 아일랜드

미국 인디안이나 알래스카 원주민 기타 (상세히) _____

미국 인디안이나 알래스카 원주민인 경우는 종족명과 인디안 혈통의 정도를 기입하십시오 (알고있을 경우)

세부 출신국적 (예: 아일랜드, 프랑스, 독일, 중국, 멕시코, 나이지리아)

B. 교육:

최종학력	현재 재학중입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	평소 학교성적	특기사항
특별활동			
관심 과목			

C. 직업:

현 직업	기간	평소 직업
직업의 목표는 무엇입니까? (예: 교사, 용접공, 세일즈 직원이 되기 위해)		

D. 성격:

평소의 행동, 태도 기분, 참여하고 있는 활동과 같이 있고 싶은 사람의 종류등에 관해 본인의 성격을 기술하여 주십시오.

재능, 취미나 인생의 목표를 기술하여 주십시오.

어릴적에 관해 기술하여 주십시오.

F. 생모의 월경내력과 자녀 임신내력:

1. 월경내력	월경을 시작한 나이는 언제입니까?	평소 월경의 주기는 얼마입니까?	규칙적입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	주기일수
월경기간중 어떤 문제가 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예라고 한 경우, 설명해 주십시오			귀하는 "DES 아기"였습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 미상	
2. 최근 임신:	출산전 진료를 담당한 산부인과 의사 성명과 주소 _____			
출산전 진료는 언제부터 시작했습니까?		임신을 했을 때 나이는 몇 살입니까?	최근 임신 주의 수	출산종류 <input type="checkbox"/> 단산 <input type="checkbox"/> 다산 <input type="checkbox"/> 다산일 경우, 숫자를 기입해 주십시오.
최근 임신중 합병증 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예라고 한 경우, 설명해 주십시오			다른 자녀를 출산한 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예라고 한 경우 다른 자녀수	
3. 임신중 상태	독일홍역..... <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	성병 <input type="checkbox"/> 헤르페스 <input type="checkbox"/> 임질 <input type="checkbox"/> 매독	바이러스 (e.g., flu) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
	감염..... <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 클라미디아 <input type="checkbox"/> 음부 사마귀	사고..... <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	

위 사항중 하나라도 예라고 하셨으면 상태의 종류와 날짜와 치료의 종류를 상세히 기입해 주십시오

4. 임신중이나 임신하기 일년내에 투약한 약:

a. 처방약: [이름을 기입하십시오]	임신기간중 투약		임신하기 일년내에 투약		기간	회수	양
	예	아니오	예	아니오			
(아래의 네가지 해당사항에 <input checked="" type="checkbox"/> 표시하십시오)							
1.							
2.							
3.							
4.							
b. 아스피린, 점막제 등을 포함한 미처방약							
1.							
2.							
3.							
4.							
c. 알콜이나 다른 약물:							
1.알콜 (와인, 맥주등)							
2.암페타민 (각성제)							
3.바르비투르산염 (진정제)							
4.담배							
5.코카인							
6.크랙							
7.헤로인							
8.LSD							
9.PCP							
10.마리화나							
11.기타 (상세히)							

혈관을 통해 마약을 투여한 적이 있습니까? 예 아니오

G. 개인 건강 내력:

귀하의 평소 건강에 대해 설명해 주십시오

어릴때 어떤 질병을 앓았습니까?

- 홍역: 풍진 (3일) 이하선염 건초열 중이염 중이 류머티증열 류머티증열
 풍진 (2주) 수두 홍진 뇌염 심장잡음 요도/방광염
 천식 수막염 성홍열 기타 (자세히)

수술을 받은 적이 있습니까?

예 아니오 예라고 하셨으면 상태와 시기를 기입해 주십시오

귀하는

- 쌍둥이 세쌍둥이 기타 다산

귀하는

- 일란성 이란성 쌍둥이

H. 가족 내력:

귀하나 직계가족중 입양된 사람이 있습니까?

예 아니오 예라고 한 경우 누구인지 기입하십시오

	귀하의 생부		귀하의 생모	
	신장	체중	신장	체중
현재 연령				
사망한 경우 사망 당시 연령				
사인				
신장과 체중	신장	체중	신장	체중
머리색과 머리결				
안구색				
피부색				
원손이나 오른손잡이				
특기사항				
최종학력				
직업				
인종/민족 구분	<input type="checkbox"/> 백인 <input type="checkbox"/> 히스패닉 <input type="checkbox"/> 흑인 <input type="checkbox"/> 필리피노 <input type="checkbox"/> 아시아나나 퍼시픽 아일랜드 <input type="checkbox"/> 기타 (상세히) <input type="checkbox"/> 미국 인디안이나 알래스카 원주민		<input type="checkbox"/> 백인 <input type="checkbox"/> 히스패닉 <input type="checkbox"/> 흑인 <input type="checkbox"/> 필리피노 <input type="checkbox"/> 아시아나나 퍼시픽 아일랜드 <input type="checkbox"/> 기타 (상세히) <input type="checkbox"/> 미국 인디안이나 알래스카 원주민	
국적				
종교				
부모님은 귀하의 임신 사실을 알고 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
부모님은 형제나 자매가 몇명입니까?				
귀하의 이모, 고모, 삼촌중 사망한 사람이 있으면 사망연령과 사인을 기입하십시오				
	친조부모		외조부모	
	조부	조모	외조부	외조모
연령				
사망한 경우 사망 당시 연령과 사인				
신체적 특징을 기입하십시오				
신장 & 체중	신장	체중	신장	체중
특기사항				
최종학력				
현재나 전직업				
조부모님은 귀하의 임신 사실을 알고 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	

H. 가족 내력: (계속)

귀하의 형제나 자매

(4명이상의 형제나 자매가 있으면 추가 양식을 사용하십시오)

	1		2		3		4	
성별 (남, 녀).....								
연령								
사망한 경우 사망연령과 사인.....								
직계나 의붓.....	<input type="checkbox"/> 직계 <input type="checkbox"/> 의붓							
신장과 체중	신장	체중	신장	체중	신장	체중	신장	체중
머리색과 머리결								
안구색								
피부색.....								
취미나 특기.....								
최종학력.....								
현재 재학중입니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오							
직업								
임신사실을 알고 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오							
결혼상태.....								
형제, 자매의 자녀수								
자녀의 건강상태								

귀하의 다른 자녀

(4명이상의 자녀가 있으면 추가 양식을 사용하십시오)

	자녀 #1		자녀 #2		자녀 #3		자녀 #4	
성별								
생일이나 연령								
자녀가 입양자의 직계나 의붓 형제자매입니까?	<input type="checkbox"/> 직계 <input type="checkbox"/> 의붓							
사망한 경우 사망시 연령.....								
사인.....								
신장과 체중	신장	체중	신장	체중	신장	체중	신장	체중
머리색과 머리결								
안구색.....								
피부색.....								
왼손이나 오른손잡이.....								
학년.....								
자녀가 귀하와 함께 살고 있습니까? ...	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오							
취미나 특기								
평소 건강상태								
주요 수술기록								
건강문제								
자녀는 임신사실을 알고 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오							

I. 귀하, 귀하의 부모와 다른 친척의 건강 내력

귀하나 친척중 (예: 귀하의 부모, 자매, 형제, 이모, 고모, 삼촌, 조부모, 귀하의 다른 자녀등) 아래의 질병을 가지고 있거나 앓은 적이 있는 경우 적절한 칸에 표시해 주십시오. 귀하와의 관계를 표시해 주십시오. 설명란을 기입해 주십시오. 아래의 질병이 가족 구성원의 사망원인이 된 경우, 설명란에 사망사실을 기입하고 사망 당시의 연령을 기입해 주십시오.

건강 상태	아니오	미상	예- 본인	예-친척 (구체적 관계)	설명
A. 선천성 장애					
1. 만족이나 정형외과적 문제 (예; 평발등)					
2. 언청이 (분열된 입술) 이나 분열된 입천정					
3. 다운 증후군					
4. 염색체 이상					
5. 뇌수종					
6. 근 영양실조					해당 신체부위 발생 연령
7. 왜소 발육증					
8. 이분척추					
9. 선천성 심장질환					
10. 겸상 빈혈증					
11. 타이-삭스 병					
B. 알러지					
1. 습진이나 기타 피부질환					알러지 종류 치료나 투약 종류
2. 건초열이나 기타 알러지					
3. 약물 알러지					약물 종류
4. 음식 알러지					음식 종류
C. 눈, 치아, 귀와 발육 장애					
1. 실명, 녹내장, 색맹이나 기타 시각장애					
2. 교정안경이나 콘택트 렌즈					몇살때부터 안경을 착용해야 했습니까?
근시 <input type="checkbox"/>					
원시 <input type="checkbox"/>					
난시 (초점이 안 맞음) <input type="checkbox"/>					
사시 (사팔눈) <input type="checkbox"/>					
기타 (설명하십시오) <input type="checkbox"/>					
3. 치열 교정기나 교정치과 치료					해당 경우, 치과 치료의 종류와 기간

I. 귀하, 귀하의 부모와 다른 친척의 건강 내력 (계속)

건강 상태	아니오	미상	예 - 본인	예 - 친척 (구체적 관계)	설명		
4. 청각상실이나 기타 청각장애					특수교육 여부	시작 연령	
5. 언어장애							
6. 학습부진					진단여부	입원여부	
7. 발육지연: 정신적이나 신체적							
D. 순환장애							
1. 혈우병							
2. 경상 빈혈증이나 형질							
3. 고혈압 (혈압이 높음)					시작 연령	치료종류	입원여부
4. 발작							
5. 심장발작 (관상)							
6. 관절염					종류	시작 연령	신체 부위
7. 신장병					시작 연령	치료종류	
E. 호르몬 장애					시작 연령	치료 종류	
1. 당뇨병							
2. 갑상선 장애							
3. 비만 (과체중)							
F. 호흡기 질환					(알려진) 원인	치료종류	
1. 천식							
2. 기종					시작 연령		
3. 결핵					시작 연령	종류	신체부위
G. 정신이나 행동 장애					시작 연령	치료종류	입원여부
1. 진단된 정신분열증							
2. 진단된 조울증							
3. 기타 정신질환. 필요시 추가양식을 사용하여 설명하십시오.							
4. 알콜중독이나 폭음							
5. 약물 복용					종류, 양, 시기		

I. 귀하, 귀하의 부모와 다른 친척의 건강 내력 (계속)

건강 상태	아니오	미상	예 - 본인	예 - 친척 (구체적 관계)	설명		
					종류	시작 연령	신체 부위
H. 림프계 장애					종류	시작 연령	신체 부위
1. 암							
2. 종양							
3. 낭포성 섬유증							
4. 호지킨 병							
I. 신경계 장애					신체부위	시작 연령	
1. 다발성 경화증							
2. 헌팅턴 병							
3. 뇌성마비							
4. 발작이나 경련							
					시작 연령	치료종류	빈도
5. 간질							
J. 감염 입원							
1. 알려진 감염에 의한 연속된 열병 감염					진단 여부		
2. 입원을 필요로 하는 연속된 심한 감염							
3. 입원, 수술, 부상 여부							
					이유	시기	
K. 기타 의학이나 건강상 문제							